

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Mars 1895, à 1 heure

Par FÉLIX CHAMPDEMERLE,

Né à l'île de la Réunion, le 5 novembre 1867.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

PROLAPSUS GÉNITAL

OPÉRATION DE FREUND

Président : M. LE DENTU, professeur.

Professeur : M. TARNIER.

*Agrégés : MM. { QUÉNU.
BAR.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 19 Mars 1895, à 1 heure

Par FÉLIX CHAMPDEMERLE,

Né à l'île de la Réunion, le 5 novembre 1867.

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT CHIRURGICAL

DU

PROLAPSUS GÉNITAL

OPÉRATION DE FREUND

Président : M. LE DENTU, professeur.

Professeur : M. TARNIER.

*Agrégés : MM. { QUÉNU.
BAR.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen..... M.	BROUARDEL.
	Professeurs.....	MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARDEL.
Pathologie médicale.....		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULENE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale.....		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique chirurgicale.....		TILLAUX.
		BERGER.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....		TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	RETTERRER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE,

*Témoignage d'amour filial et de
profonde reconnaissance.*

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR. .

A MES SŒURS ET A MES FRÈRES.

A MON BEAU-FRÈRE, M. ERNEST NOEL.

A MM. GABRIEL et GASTON LAHUPPE,

Souvenir d'affectueuse reconnaissance.

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU,

Chirurgien à l'hôpital Necker,
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Le choix d'un sujet de thèse préoccupe toujours l'étudiant arrivé au terme de ses études médicales. Il n'ignore pas que les recherches de laboratoire exigent du temps et des connaissances spéciales. Dans l'histoire des grandes affections, il trouvera, sans doute, à développer des points très particuliers. Mais il risque par cela même de faire une simple étude spéculative, sans application pratique directe. Le mieux encore est donc de dire simplement ce qui l'a intéressé, ce qu'il a vu dans les services qu'il a suivis. C'est la seule chance de réaliser un travail où il soit possible au praticien de trouver quelque profit pour l'exercice de son art.

C'est ce désir qui nous a guidé dans le choix de notre sujet. Nous avons, dans un champ assez restreint, cherché cependant à rester utile.

Le traitement chirurgical des prolapsus géni-

taux étant depuis de longues années à l'ordre du jour, nous avons seulement voulu faire connaître un procédé qui nous paraît rationnel et qui n'a pas encore été essayé en France.

M. le docteur Chaput, chirurgien des Hôpitaux, a bien voulu nous permettre de publier les observations des malades opérées dans son service de la Salpêtrière par la méthode de Freund. Il n'a cessé de nous donner les plus bienveillants conseils. Nous n'oublierons jamais l'affectueux intérêt qu'il nous a témoigné.

C'est de bon augure de pouvoir remercier. C'est aussi pour nous plus qu'un devoir.

Avec leur enseignement, nous emporterons respectueusement les noms de ceux des maîtres qui, dans les hôpitaux ou à l'Ecole de Médecine, ont contribué à notre instruction.

Nous rendons un pieux hommage à la mémoire de M. le professeur Lefort, et de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, l'illustre thérapeute à l'hôpital Cochin.

MM. Lancereaux, Barth, Bucquoy, Robin, nous ont appris les principes de la clinique médicale.

L'enseignement de la chirurgie nous fut donné dans les services de MM. Duplay, Reclus et Reynier.

M. le docteur Jules Simon nous a initié aux difficultés spéciales de la clinique infantile.

M. le professeur Pinard nous a facilité la pratique des accouchements.

M. le professeur Le Dentu nous fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A tous ces maîtres, nous offrons notre témoignage de profonde gratitude. Nous nous efforçons d'appliquer les principes qu'ils nous ont appris, et nous continuerons à suivre de loin leur grand enseignement.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie pathologique.

Quand on étudie la pathogénie des prolapsus génitaux, un premier fait vous frappe : l'utérus n'est pas tout dans ces déplacements, il n'en est même qu'une partie accessoire.

Ainsi, chez les vieilles femmes, où le prolapsus des organes génitaux est pour ainsi dire de règle, l'utérus présente des modifications et dans sa forme et dans son volume. Souvent toute la partie vaginale du col a disparu ou plutôt s'est effacée. En même temps on constate fréquemment une atrésie de son orifice externe. Presque toujours le corps est petit, atrophié. Si bien qu'on est surpris de la mollesse de certains prolapsus faisant hernie hors de la vulve : on ne trouve pas un utérus volumineux, dur, si on prend entre les mains la tumeur, mais on s'aperçoit que celle-ci

est surtout formée par le vagin et les organes en connexion avec lui.

Aussi MM. Duplay et Chaput (1) ont pu formuler la conclusion suivante : « Les augmentations de volume de l'utérus dans les prolapsus génitaux sont fréquentes, mais pas assez pour qu'on les élève au titre de cause principale ou constante. Sauf quelques cas rares, ces altérations sont secondaires ou simplement concomitantes. »

On ne peut, en effet, nier l'allongement hypertrophique primitif des portions sus et sous-vaginales du col, et même l'hypertrophie totale de l'utérus. Mais cette élongation, cette hypertrophie constituent dans la grande majorité des cas un phénomène secondaire. Au début du prolapsus le col subit une élongation progressive, une sorte d'étiement, mais sans hypertrophie, et c'est plus tard qu'on observe, par suite des congestions passives et des inflammations consécutives, un épaissement hypertrophique des organes prolapsés.

Il est donc difficile de faire jouer un rôle toujours prépondérant à l'utérus augmenté de poids et de volume.

La matrice petite, atrophiée, toute prête à s'étiérer, s'abaisse, se rapproche de la vulve, parce qu'elle trouve au dessous d'elle un canal verticalement dirigé, large, béant, facile à parcourir. Le vagin ne constitue plus une cavité virtuelle s'op-

(1) *Duplay et Chaput. Archives de médecine, 1889.*

posant à toute descente. Ses parois épaissies, dépliées, distendues, ne s'accolent plus comme à l'état normal. Ses commissures sont relâchées. De conique à base supérieure qu'il était, il est devenu conique à base inférieure. De concave qu'il était en avant, il est devenu rectiligne vertical.

C'est que le périnée, chez la femme âgée, même sans ruptures antérieures, participe à l'atonie générale. Il est détruit plus ou moins complètement. Et la vulve agrandie, soit par cette distension du périnée, soit par simple dilatation, devient insuffisante. Il s'ensuit la destruction des moyens de soutien les plus efficaces du vagin, dont les parois s'affaissent, entraînant avec elles d'abord la vessie, puis le rectum, et exercent des tractions continuelles sur le col.

Bientôt les moyens de fixité de l'utérus, atrophiés et diminués de volume, deviennent à leur tour insuffisants : ligaments ronds, ligaments larges, ligaments utéro-sacrés sont forcés et s'allongent ; le muscle releveur de l'anus, également atrophié, perd, avec sa tonicité, son caractère de ligament actif. Et la matrice finit par apparaître à la vulve. « Dans l'immense majorité des cas, dit M. Pozzi (1), la chute du vagin précède l'abaissement de l'utérus, et l'entraîne au bout d'un temps plus ou moins long, comme phénomène secon-

(1) *Pozzi. Traité de gynécologie.*

daire, mais elle peut quelquefois demeurer isolée. »

Nous ne voulons pas parler ici de ces prolapsus brusques, aigus, qui se produisent quelquefois chez les jeunes femmes, et dont on a cité des exemples même chez des jeunes filles vierges. Il s'agit dans ces cas de distensions ligamenteuses rapides : ce sont de véritables hernies de force.

Nous considérons seulement ces prolapsus qui arrivent peu à peu, par faiblesse des tissus. On les rencontre bien quelquefois chez des jeunes femmes, mais beaucoup plus souvent, pour ne pas dire toujours, chez les femmes âgées dont tout le système ligamenteux, musculaire, aponévrotique se trouve dans un état de flacidité complète. A ce point de vue on peut les assimiler à des hernies de faiblesse. Celles-ci se produisent seulement dans des organismes débilités, à tissu conjonctif lâche, par des orifices distendus. Car l'intestin a beau venir presser contre les anneaux aponévrotiques, si ceux-ci sont solides, les trajets résistants, aucune issue des viscères n'est possible. Or la vulve est comparable à un orifice, le vagin à un trajet.

De cette assimilation de certains prolapsus à des hernies de faiblesse, il résulte que l'indication thérapeutique est non de fixer les organes herniés dans le ventre, mais de fermer l'anneau constitué par la vulve et le canal représenté par le vagin. C'est aux orifices, c'est au trajet qu'il faut

s'adresser. De cette façon une vulve, un vagin seront refaits. On supprimera en quelque sorte le conduit herniaire. Et dès lors l'utérus flottera au-dessus de cet édifice.

On a donc cherché à remédier à cet affaiblissement général des parois vaginales et du périnée par des opérations plastiques. Différents procédés ont été imaginés qui ont eu comme idée mère l'atréisie du vagin résultant de cicatrices chirurgicales. On a proposé l'épisiorrhaphie, le cloisonnement du vagin par la méthode de Lefort, les colporraphies, et la colpopérinéorrhaphie.

Cette dernière est, on peut le dire, l'opération fondamentale du prolapsus utérin. Elle refait le plancher pelvien, annihile la rectocèle, et prête un point d'appui sérieux à la paroi vésico-vaginale, sans toutefois corriger la cystocèle. C'est donc le procédé de choix, toutes les fois qu'il s'agira de refaire un périnée flasque qui invite l'utérus à descendre, accompagné de la rectocèle. Il évitera ainsi les tractions du vagin prolapsé sur le col de l'utérus. Et cependant, pour éviter toute récurrence, la résection vaginale avec périnéorrhaphie aura besoin, dans les cas où la statique de l'utérus est profondément troublée, d'être complétée par des opérations auxiliaires. Les uns s'adressent à l'hystéropexie, d'autres à l'Alexander, d'autres enfin à l'hystérectomie vaginale.

Mais ces opérations sont toujours graves, et il faut, avant tout, ne point oublier que le prolapsus

constitue évidemment une infirmité pénible, mais qu'il est toutefois compatible avec une santé parfaite. S'il détermine des inconvénients sérieux, c'est dans la classe ouvrière où les travaux pénibles, le manque de soins provoquent des troubles fonctionnels durables, des inflammations, des sphacèles. Par conséquent, la gravité de l'intervention ne doit pas être disproportionnée avec celle de l'affection elle-même.

Aucune de ces opérations d'ailleurs, faite isolément, ne garantit les opérées contre une récurrence, et M. Le Dentu a pu dire : « Le véritable traitement du prolapsus utérin consiste en une série graduée d'opérations qui commence par l'amputation du col et se termine par des opérations autoplastiques consistant à rétrécir le vagin et à réparer le périnée. (1) »

Au lieu d'une opération complexe, il semble donc plus indiqué et plus simple de localiser toute l'intervention au vagin, surtout si cette intervention exclusivement vaginale, et facile, pouvait avoir un résultat satisfaisant. C'est ce qui amena le docteur Chaput à joindre à la colpoperinéorrhaphie un procédé dont le docteur Freund, de Strasbourg, dit avoir obtenu les meilleurs résultats.

C'est le procédé des ligatures circulaires dont nous allons donner l'historique et la description.

(1) *Le Dentu*. Semaine médicale, 1894.

CHAPITRE II

Opération de Freund.

Dans le n° 47 du *Centralblatt für Gynécologie* de 1893, le docteur Freund, de Strasbourg, s'exprime ainsi : « J'ai été amené à pratiquer des ligatures circulaires sur le vagin prolabé par une opération analogue de Thiersch qui, dans le prolapsus rectal des enfants, introduit un fil circulaire entre la peau et le sphincter, et rétrécit l'orifice anal. Dans le congrès médical de Halle (1891), il a affirmé avoir obtenu ainsi de bons résultats, mais sans dire combien de temps on doit laisser le fil en place. Lucke, de Strasbourg, a fait, en 1892, cinq opérations semblables chez des enfants et chez une vieille femme, pour des prolapsus du rectum, et dans ces cinq cas le résultat immédiat a été excellent. Cette opération du prolapsus rectal chez les enfants peut être regardée comme un précédent de ma méthode opératoire. »

Mais le docteur Skramm, de Berlin, fait remarquer à juste titre, dans le n° 45 du *Centralblatt für Gynécologie* de 1894, que Freund a simplement repris un procédé tombé dans l'oubli. Un autre nom que celui de Thiersch doit être associé au procédé des ligatures circulaires. L'inventeur de cette méthode est le docteur Jean-Baptiste Bellini, de Florence, qui, en 1835, a décrit sous le nom de « colpodesmorrhaphie » un mode opératoire par lequel il prétend avoir guéri un cas de prolapsus.

Voici ce qu'écrivit J.-B. Bellini, dans le *Bull dell Scienza medical* de 1835 :

« Jusqu'à ces dernières années on n'avait pas fait la cure radicale du prolapsus utérin. Les femmes qui en souffraient, à charge à leur famille et à elles-mêmes, étaient désespérées par leurs douleurs, leurs ulcérations, leurs écoulements, et le médecin leur répondait toujours : « Nous n'y pouvons rien. » Aujourd'hui il n'en est plus de même.

« Marshall-Hall (*Bulletin des sciences médicales de Bologne*, 1835), a fait l'excision, sur la paroi vaginale antérieure, d'un lambeau de la muqueuse, et a réuni les bords de la plaie par une suture à points séparés.

« Pour obtenir le même résultat, nous proposons un moyen beaucoup moins douloureux, beaucoup plus rapide, tout aussi utile. Il fut appliqué dans l'observation suivante :

OBSERVATION I

La nommée Gentilina Rossi, femme d'un négociant de Ferrare, âgée de 40 ans, portait un prolapsus qui avait le volume et la forme d'un gros œuf de poule, et pendait entre les cuisses. Tout avait été essayé par différents médecins. On nous fit appeler et nous proposons des sangsues en assez grand nombre sur la tumeur, non pas tant pour enlever du sang et éteindre la phlogose que pour obtenir des ulcérations, cela par analogie avec ce qu'on se propose d'obtenir par les incisions de Dieffenbach, et d'après l'exemple de Dupuytren qui opérait ainsi dans le prolapsus du rectum. Il se forme des plissements, et les tissus se rétractent. Il me vint alors à l'esprit une idée nouvelle qui fut approuvée par les médecins, et que nous mîmes immédiatement en pratique de la façon qui suit :

La femme étant placée sur le bord du lit, nous saisissons avec un double crochet le segment inférieur de la partie prolabée, et nous la tirons toujours plus bas en confiant l'instrument à un aide. Ensuite, avec une aiguille courbe chargée d'un fil, et en commençant sur le bord gauche de la commissure vaginale postérieure, nous faisons successivement plusieurs piqûres séparées à peine par la largeur de deux travers de doigt, de façon à former autour de l'organe une sorte de fer à cheval. En arrière, nous prenons la précaution, pour ne pas perforer le rectum, d'introduire préalablement notre doigt gauche dans l'anus, et afin de prendre seulement dans les ligatures les membranes vaginales. Nous fîmes ainsi, avec des piqûres successives, l'extrémité gauche du fer à cheval, puis la convexité, puis l'extrémité droite, et nous revînmes

finalement au point où nous avons commencé l'opération. Alors, il n'y a plus qu'à tirer sur les extrémités du fil, à repousser en haut la partie prolabée, et à nouer les fils modérément.

Repos, bain d'eau fraîche, diète absolue et une saignée. Pas de douleur, pas de fièvre, nuit tranquille. Le jour suivant, on ordonne une purge huileuse et un lavement, pour amollir et évacuer les excréments sans efforts. Enfin, on emploie tous les moyens antiphlogistiques locaux et généraux. Après trois jours, on serre un peu plus le lacet formé provisoirement.

- « Votre malade, écrivais-je, quinze jours après, au médecin traitant, a beaucoup à se louer de notre opération. Elle jouit de la liberté de son ventre, et cela sans prendre ni huile ni lavement. La matrice se rétracte et n'est plus descendue, sais qu'on ait eu besoin de serrer les fils depuis dix jours. Le malade se trouve très bien en ce moment. »

Bellini conseille donc d'essayer son opération dans tous les cas de prolapsus, car elle est très peu douloureuse, très facile, et peut donner d'excellents résultats. Le vagin est rétréci par les adhérences qui se forment au niveau des piqûres, et il est impossible à l'utérus de retomber. Et si l'opération échoue une première fois, il pense que non seulement on peut la répéter sans danger, mais encore la répéter avec l'espoir certain que chaque nouvelle ligature amènera quelque nouveau rétrécissement à cause des adhérences qui s'ensuivent.

En 1844, Blasius reprit l'opération de Bel-
c.

lini. Dans le *Preuss Vereinszeitung* de cette année, il relate la guérison complète d'une demoiselle, âgée de 24 ans, à qui il avait placé, à l'entrée du vagin, une ligature circulaire en forme de cordon de blague à tabac. Mais il n'était pas encore question de se servir de fil d'argent, et Bellini et Blasius n'ont fait sans doute qu'une seule ligature circulaire à leur malade.

C'est Freund qui eut l'idée d'employer le fil d'argent. C'est encore lui qui eut l'idée de placer plusieurs ligatures, et c'est là une modification heureuse à l'opération de Bellini.

En novembre 1893, en effet, Freund qui ignorait sans doute les recherches faites avant lui sur ce sujet, obtient de bons résultats du même procédé. « J'ai fait tout récemment, dit-il, sur deux femmes âgées, souffrant de prolapsus utérin, une opération que je présente à l'examen à cause de sa simplicité telle que son exécution ne paraît pas plus difficile que l'introduction d'un pessaire. Le succès immédiat en est certain, et ne le cède en rien à toutes les autres opérations plastiques concernant le même sujet. » Voici ces deux observations :

OBSERVATION II

Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de 69 ans, à laquelle un prolapsus utérin, remontant à 19 ans, occasionnait de vives souffrances. Le prolapsus était total. Le col en ectropion formait la pointe du pro-

lapsus et présentait une ulcération qui fut guérie au bout de huit jours de traitement dans la clinique. L'utérus hypertrophié se trouvait sur la ligne médiane.

Freund commença par placer une première ligature circulaire, en cordon de blague à tabac, tout près de l'insertion du vagin sur le col. « Avec une aiguille courbe, armée d'un fil d'argent, on pique dans la muqueuse vaginale; puis, on pousse assez loin, suivant un trajet curviligne, l'aiguille dans le tissu sous-muqueux, et on la fait ressortir à une distance plus ou moins grande du point d'entrée, suivant l'appréciation de l'opérateur. Ensuite, on repique avec l'aiguille exactement dans son point de sortie, et ainsi de suite jusqu'à ce que l'aiguille vienne ressortir par le point d'entrée initial. A ce moment un assistant repousse légèrement la portion vaginale en dedans. On serre ensuite et on noue le fil aussi fort qu'on le juge nécessaire, en évitant, bien entendu, de le serrer tellement que les liquides utérins ne puissent plus s'écouler. A ce moment, la portion vaginale disparaît complètement; elle remonte en arrière, et par cela seul, le prolapsus se trouve diminué (1). »

Cela fait, à un ou deux travers de doigt de la première ligature, on applique de la même façon une deuxième. On prend toujours soin de permettre l'introduction dans le vagin de deux doigts environ. Le fil est ensuite coupé très court au ras de la muqueuse. Il est curieux de voir alors comme le col remonte, et une nouvelle fois le prolapsus est diminué d'autant. La paroi du vagin fait des plis entre les fils d'argent; ces plis sont d'autant plus petits que les ligatures sont plus rapprochées.

(1) Annales de gynécologie, juillet 1894.

On place de la même façon un troisième fil, on le noue et on le coupe très court. A ce moment de l'opération la paroi vaginale et l'utérus étaient complètement rentrés dans le petit bassin, mais la vulve était encore largement ouverte. Un dernier fil d'argent fut donc placé à l'entrée du vagin, et ce fil fermait d'une façon parfaite cette entrée. Naturellement on doit s'arranger de façon à permettre l'introduction dans le vagin d'un ou deux doigts.

On réalise ainsi une sorte de colpocléisis.

L'opération s'est faite pour ainsi dire sans écoulement de sang, et n'a duré que quelques minutes. Elle a été très bien supportée par la patiente. Celle-ci put quitter le lit dès le lendemain de l'opération. Aucun trouble ne se manifesta pendant les huit jours d'observation auxquels elle fut soumise. Elle se promenait, s'amusait, courait, et malgré tout cela, l'utérus et le vagin ne retombaient plus, et la vulve restait fermée.

OBSERVATION III

Dans la deuxième observation de Freund, il s'agissait d'une femme de 57 ans, ayant eu treize accouchements, et porteuse depuis 15 ans d'un prolapsus complet. Le prolapsus s'accompagnait et de cystocèle et de rectocèle. Le col atrophié descendait à peine, et on éprouvait une forte résistance en voulant le faire descendre avec une pince de Muzeux. L'utérus, à part l'atrophie du col, n'offrait rien d'anormal. La malade avait encore ses règles.

L'opération s'est passée comme dans le cas précédent : L'introduction des fils dans les parois vaginales fut un peu plus difficile que dans la première observation, parce qu'on ne pouvait pas faire descendre suffisamment

le col, et parce qu'il y avait un épaissement notable des parois vaginales antérieure et postérieure. Le quatrième fil fut placé tout autour de l'entrée du vagin et noué de façon à permettre l'introduction de deux doigts.

Le prolapsus fut ainsi réduit en peu de minutes, et l'utérus ne reparut plus à la vulve, bien que la patiente ait quitté son lit le jour même. Pendant huit jours elle s'est promenade à sa guise dans la clinique, sans qu'on ait eu à noter le moindre trouble.

Outre ces deux observations, Freund ajoute qu'il a opéré avec le même succès cinq autres malades atteintes de prolapsus, et trois de ces malades à l'heure de la consultation de la polyclinique.

Il donne ensuite des détails sur le manuel opératoire. Il attire l'attention sur les fils qui doivent être irritants : nous avons vu qu'il s'est servi de fils d'argent.

Dans le premier cas il a employé l'aiguille courbe ordinaire. Dans la seconde observation, il a essayé de remplacer cette aiguille par une aiguille dont le manche, plus fort, soit plus facile à manier, et cela pour opérer plus rapidement. Mais l'aiguille ordinaire s'est montrée beaucoup plus commode. Il trouve qu'on avance bien plus vite en ne piquant pas trop rarement. Enfin l'aiguille ne doit pas être trop petite, afin que les piqûres, suffisamment grandes, permettent facilement une nouvelle piqûre.

Il est absolument recommandé de ne pas laisser le fil en dehors de la muqueuse vaginale, parce que, sans cette précaution, il devient impossible de le serrer convenablement, et on risquerait de couper la muqueuse.

Dans les cas où la muqueuse est devenue dure comme du cuir, dans les vieux prolapsus par exemple, il y a avantage à faire immobiliser les organes par un aide au moyen de pinces de Muzeux ou de pinces ordinaires.

Quant à savoir combien de fils on doit placer, cela dépend de la grosseur du prolapsus. Mais, dans les prolapsus moyens, quatre fils suffisent. Les fils n'ont pas absolument besoin d'être parallèles entre eux, et il sera même bon de les écarter davantage sur le paroi vaginale qui sera le plus prolabée.

Les piqûres amènent seulement l'écoulement de quelques gouttes de sang. Quant à la douleur de l'opération, elle est presque nulle, et même quand on pique sur le pourtour de l'hymen, elle n'est pas considérable.

« L'avantage de mon procédé, dit Freund, consiste dans sa rapidité. On peut faire l'opération en quelques minutes, et sans préparatifs d'aucune sorte, sans instruments spéciaux. On pourrait même la faire à l'heure de la consultation. Elle n'occasionne pas de perte sanguine, est peu douloureuse, n'exige aucune anesthésie, et n'amène pas de perte de substance. Les contre-indications

n'existent pour ainsi dire pas. Mais on peut l'employer principalement chez les femmes affaiblies par l'âge, dans les maladies de cœur ou de nerfs. Seulement dans les cas où les parties prolabées présenteraient de grandes ulcérations, il faudrait attendre leur cicatrisation. Les congestions ordinaires, et l'hypertrophie du col n'exigent pas de retard, car ces accidents se guérissent vite, sans aucun traitement spécial, par le repos. Et mon procédé ne demande aucun traitement ultérieur, même pas le repos au lit ».

Freund n'a pratiqué son opération que sur des personnes âgées, mais il la croit possible et bonne chez les jeunes femmes.

L'essentiel, d'après lui, est de laisser les fils un temps suffisant, et de les enlever le plus tard possible. Du moins il faut attendre que l'effet de rétrécissement soit produit. Ces fils, suffisamment serrés et noués solidement, auraient deux sortes d'effet : d'abord un effet mécanique, en tant qu'ils présentent une barrière échelonnée en plusieurs étages, et c'est sans doute là l'important. En second lieu, il faut penser que les fils enflamment les tissus environnants, comme le fait tout corps étranger. Et sous cette influence irritante de tous les instants, il se forme d'abord une proifération conjonctive, et finalement un tissu cicatriciel rétractile. Les diamètres du vagin seraient donc diminués dans tous les sens. Ces deux causes réunies contribueraient au succès de l'opération.

En tout cas il serait impossible à la matrice de redescendre tant que les ligatures seraient tolérées.

Il est évident que son opération n'empêcherait pas d'avoir recours en même temps aux divers moyens préconisés contre l'allongement du col, les déchirures du périnée, les différentes tumeurs de l'utérus. On pourrait même faire des incisions sur la muqueuse vaginale à l'endroit où l'on introduirait les fils. Et dans les cas graves la colpopé-rinéorrhaphie pourrait être faite immédiatement.

Dans le *Centralblatt für Gynecologie* de 1894, Skramm publie l'observation suivante :

OBSERVATION IV

Il s'agissait d'une femme de 62 ans, ayant eu sept accouchements. Depuis 24 ans, elle souffrait d'un prolapsus complet pour lequel, du reste, elle n'avait jamais subi de traitement. Laveuse, elle était, de par sa profession, obligée de se tenir longtemps debout. Or les douleurs qui étaient toujours allées en augmentant, avaient fini par la mettre dans l'impossibilité de continuer son travail. Bien que son état général fût encore assez bon, ses forces suffisamment conservées, elle se refusait à toute opération sanglante, et n'acceptait que l'usage d'un pessaire. Sur ma proposition de lui appliquer quelques anneaux d'argent qui réduiraient définitivement le prolapsus, elle acquiesça à cette intervention. Il y avait cystocèle, hypertrophie circulaire de la portion vaginale du col, et inversion totale des parois épaissies du vagin. Deux fils d'argent, placés

à deux travers de doigt l'un de l'autre, permirent par une striction graduelle de réduire complètement le prolapsus. Un troisième fil rétrécit l'orifice vaginal de façon à permettre seulement l'introduction de l'index.

L'opération ne se montra douloureuse qu'au moment où l'on commença à opérer à l'entrée du vagin. Quelques badigeonnages avec une solution cocaïnée à 20 0/0 suffirent à rendre la terminaison de l'opération indolore.

La femme dut se lever quelques heures après l'intervention. Néanmoins, elle resta constamment sous le contrôle clinique, et des examens réitérés permirent de constater que l'utérus se maintenait en bonne situation, et qu'il ne se mobilisait que fort peu en bas, même sous une forte pression.

Aussi longtemps, dit-il, que les sutures métalliques resteront en place il y a tout lieu de penser que la guérison se maintiendra. D'ailleurs on ne voit pas pourquoi, chez une femme âgée, les anneaux métalliques se déplaceraient.

L'opération est facile, et non douloureuse. Toutefois, chez certaines femmes particulièrement sensibles, l'anesthésie peut devenir nécessaire. Or Fränkel, dans le *Centralblatt für Gynecologie*, de 1884, a montré que la sensibilité des parois vulvaires et vaginales était considérablement amoindrie par des badigeonnages d'une solution concentrée de cocaïne à 20 %.

Skramm pense donc que, même chez ces personnes nerveuses, on pourrait se contenter de ba-

digeonnages à la cocaïne, ou bien faire des injections sous-muqueuses de cette substance, et donner un peu de morphine à l'intérieur. « Dans tous les cas, dit-il en terminant, la méthode de Bellini est digne d'un examen plus complet. Et cette petite opération sans danger pourrait remplacer non seulement l'affreux pessaire, mais même certaines opérations qu'on pratique chez les vieilles femmes dans les cas de prolapsus génital. »

CHAPITRE III

Modifications apportées à l'opération de Freund.

C'est sur ces données et sur ces observations de Bellini, Freund et Sckramm que M. le docteur Chaput crut devoir essayer la méthode des ligatures circulaires.

Il fallait d'abord se demander si cette méthode était, comme toute bonne opération, bénigne, facile, conçu d'après des idées justes. Enfin pouvait-elle amener un résultat ?

Bénigne, elle l'est évidemment. Dans aucune des observations précédentes on ne peut relever à son actif un inconvénient sérieux. Freund écrit même qu'elle n'est pas plus grave que l'introduction d'un pessaire, et il l'a réalisée plusieurs fois à la consultation de sa polyclinique. Elle n'est pas douloureuse, n'amène aucune perte de substance, et on comprend que des piqûres ne donnent pas lieu à un grand écoulement de sang. Les malades se

sont levées quelques heures après l'opération, et elles paraissent avoir bien supporté la présence de ces fils d'argent dans les parois vaginales. On peut donc supposer qu'elles toléreront tout aussi facilement les différents fils employés dans la pratique chirurgicale. Enfin cette opération semble tellement bénigne que Bellini croit à la possibilité de la répéter plusieurs fois sans danger aucun.

Facile, elle l'est aussi. On voit continuellement ce qu'on fait. Les piqûres donnent si peu de sang que le champ opératoire reste net. Aucune excision à faire. Pas de préparatifs. Aucune instrumentation spéciale. Bellini, Freund, Sckramm, ne parlent pas d'anesthésie. Ce dernier conseille simplement chez les femmes nerveuses des badigeonnages avec une solution concentrée de cocaïne, ou bien des injections sous-muqueuses de cette substance associées à un peu de morphine qu'on administrera par la voie buccale. En somme aucun temps de l'opération n'est vraiment difficile, et on n'a même pas à parler ici d'habileté opératoire.

La méthode des ligatures circulaires est-elle conçue d'après des idées justes ? Nous avons essayé de montrer dans la première partie de ce travail que les prolapsus génitaux sont souvent assimilables à des hernies de faiblesse. Le vagin représente un trajet et la vulve constitue un orifice. Il semble donc naturel qu'on veuille obtenir sinon l'oblitération de ce trajet herniaire, du

moins son rétrécissement. C'est d'ailleurs le résultat cherché dans toutes les colporrhaphies. Or le procédé de Freund prétend à ce résultat par les deux effets qu'il semble pouvoir produire. D'abord un effet mécanique : les fils forment une barrière échelonnée en plusieurs étages, et Freund prétend que c'est là le point essentiel de la méthode. Un second effet serait produit par l'inflammation et la prolifération conjonctive des tissus environnants, et il s'ensuivrait un rétrécissement cicatriciel des parois vaginales, rétrécissement qui s'opposerait à la chute de l'utérus dans les cas où les fils viendraient à être éliminés. Il est vraiment regrettable que les observations citées ne disent rien sur le temps que ces fils sont restés dans le vagin, ni s'il a fallu les enlever, ou s'ils se sont éliminés spontanément. Freund se contente d'écrire qu'il faut les enlever le plus tard possible, quand le rétrécissement se manifeste par le toucher vaginal. Et Skramm croit que la guérison se maintiendra aussi longtemps que les anneaux métalliques resteront en place. Il ne voit pas pourquoi, chez une femme âgée, ces anneaux métalliques se déplaceraient. Ces points fort intéressants ne peuvent cependant être définitivement résolus que par l'expérience.

Nous en dirons autant des résultats que l'on est en droit d'attendre de la méthode des ligatures circulaires. Les observations ne sont pas assez nombreuses, et surtout elles sont tellement incomplètes

qu'on ne cherche même pas à conclure. Les observateurs ne parlent que de résultats immédiats, de troubles fonctionnels disparus, mais ils ne renseignent nullement sur les résultats éloignés, sur la longue ou la courte tolérance des fils, sur la présence ou l'absence de rétrécissement vaginal. Or nous savons qu'en matière de thérapeutique chirurgicale dans les prolapsus génitaux tout l'intérêt réside dans les résultats à longue échéance.

Pour décider si les résultats pratiques répondent aux conclusions théoriques, de nouvelles observations étaient donc nécessaires. Le docteur Chaput a tenté d'élucider la question. L'année dernière, à l'hôpital de la Salpêtrière, il eut l'occasion de recevoir successivement dans son service quatre femmes atteintes de prolapsus génital.

Il était évident qu'aucun moyen de contention par les appareils n'aurait pu être utilement proposé. Il s'agissait de femmes assujetties à de durs travaux, sans ressources suffisantes pour acheter et remplacer ces prétendus tuteurs utérins dont les malades abandonnent si rapidement l'usage.

L'intervention chirurgicale, seule efficace, n'était pas contre-indiquée par l'état général des malades. Le docteur Chaput étudia donc quelle variété d'intervention pouvait leur convenir, et il s'adressa aux opérations anaplastiques pratiquées sur le vagin. Vu la laxité et la procidence des parois vaginales, il résolut de placer quelques ligatures

circulaires à la partie supérieure du vagin dans le but de le rétrécir à ce niveau. En même temps, pour remédier à l'insuffisance du périnée, il devait pratiquer une colpopérinéorrhaphie postérieure.

Nous allons décrire la technique opératoire dont il se servit :

Tous les soins antiseptiques préliminaires furent pris comme d'habitude. Quelques jours avant l'opération, on fit des lavages vaginaux, et on rasa la vulve.

Dans la cavité du vagin, on fit séjourner pendant quarante-huit heures de la gaze iodoformée ou salolée.

La veille de l'opération, on lava encore le vagin avec soin, car il est nécessaire d'obtenir une asepsie complète. La veille également la malade est purgée.

On fait l'anesthésie générale. Pendant la chloroformisation, la femme sera placée dans la position ordinaire, les deux jambes écartées par des aides. On s'arrangera de façon à avoir un éclairage aussi parfait que possible.

Alors, avec deux pinces tire-balles placées, l'une sur la lèvre antérieure du col, l'autre sur la lèvre postérieure, on attire l'utérus à la vulve, le plus bas possible, et on commence à faire les ligatures. Pour cela, M. Chaput emploie l'aiguille courbe de Reverdin, non celle coudée à gauche, mais celle coudée sur le plat.

Il commence par la partie supérieure du vagin.

Il pique avec l'aiguille à ce niveau, en traversant la paroi vaginale, et il fait sortir l'aiguille à quatre ou cinq centimètres plus loin, en suivant la circonférence du col. On doit prendre le plus de tissu possible dans l'aiguille, en profitant de sa concavité. A ce moment il accroche le fil de soie, et il le tire par le premier orifice, de telle sorte que le fil se trouve placé entre la paroi vaginale et le tissu utérin du col.

Dans un deuxième temps, on pique avec l'aiguille à quatre ou cinq centimètres du premier orifice, en suivant toujours la même ligne circulaire autour du col, et on la fait ressortir par ce premier orifice. On enfle le chef correspondant, et on le fait ressortir par le troisième orifice. On procède de la sorte jusqu'à ce que le tour du col soit complètement fait par le fil dont le deuxième chef sort alors par le trou où se trouve le premier chef. A ce moment on noue les deux chefs et on serre en ayant soin de repousser le col pour qu'il ne soit pas étranglé par le cercle formé par le fil. Ce premier fil doit être placé le plus haut possible, c'est-à-dire très près de l'orifice cervical, à quelques millimètres au-dessus.

Quand on a fini cette première ligature, on en met une deuxième. Pour cela on opère de la même manière, en ayant soin de placer le second fil à cinq ou six millimètres au-dessus du premier, on serre comme précédemment.

Un troisième fil est placé au-dessus du second,

et à la même distance. S'il en était besoin, on en placerait un quatrième ; mais le plus souvent dans les prolapsus pas trop volumineux, trois fils suffisent. Il va sans dire que si l'utérus n'est pas repoussé assez haut, on a recours à un cinquième fil, et on peut toujours dépasser ce nombre. Mais ces cas sont très rares, et s'ils se présentaient, on pourrait simplement placer les fils à une plus grande distance les uns des autres.

Les fils étant ainsi serrés, l'utérus est repoussé dans l'excavation, à une distance plus ou moins grande de la vulve, selon le nombre des ligatures posées. Le vagin est rétréci dans sa partie supérieure, et ce rétrécissement est d'autant plus grand qu'on a plus serré les fils. En général, on doit pouvoir y passer un doigt très facilement, autrement il se produirait la rétention des sécrétions utérines et vaginales.

M. Chaput croit qu'il y aurait grand avantage à faire des incisions verticales, incisions qui traverseraient toute l'épaisseur de la paroi du vagin, et qui seraient espacées les unes des autres comme les orifices cités plus haut, c'est-à-dire à quatre ou cinq centimètres. Dans ce cas l'aiguille passerait par ces incisions sans avoir besoin de piquer de nouveau la paroi vaginale. Ces incisions, au nombre de cinq ou six, seraient ensuite fermées par un ou deux points à la soie ou au catgut. L'avantage de ces incisions est de faciliter l'introduction de l'aiguille et le passage du fil. Par le

procédé ordinaire, on ne piqué pas toujours exactement dans l'orifice précédent ; il en résulte que le fil n'est pas sous-muqueux mais intra-vaginal. Il s'infecte alors, et s'élimine ultérieurement.

Nous avons vu que, le périnée étant insuffisant, et le vagin très large, il fallait compléter l'opération des ligatures circulaires par une résection vaginale avec périnéorrhaphie. Elle est faite par le procédé ordinaire. On avive le vagin sur sa paroi postérieure suivant un triangle à base inférieure. En même temps, les bords latéraux de la vulve sont avivés dans leurs parties inférieures, plus ou moins suivant la largeur de cette vulve.

On pose d'abord les fils pour les sutures vaginales. M. Chaput emploie du catgut pour les sutures intra-vaginales. Au niveau de la fourchette vulvaire, on passe, à l'aide de l'aiguille d'Emmet, un fil d'argent. Le périnée est suturé au crin de florence.

Pendant l'opération, il sera bon de faire des irrigations fréquentes avec du sublimé, tant pour débayer en quelque sorte le vagin que pour veiller à son asepsie. En effet, il n'est pas rare au cours de ces opérations de voir le sphincter anal se relâcher et laisser passer des matières qui sont restées dans l'ampoule rectale.

Il ne reste plus qu'à faire le pansement, on introduit dans le vagin une mèche de gaze iodoformée, et on en met une couche au niveau du périnée, et

on termine par du coton hydrophile et un bandage en T.

Les jours suivants, on a soin de sonder régulièrement la malade qui est constipée pendant trois ou quatre jours, avec une petite quantité d'extrait thébaïque, afin d'avoir l'asepsie nécessaire. Le quatrième jour on donne un lavement, et on renouvelle la gaze introduite dans le vagin.

La malade doit rester dans son lit. Au huitième jour, on enlève les crins de florence et les autres fils, sauf les fils de soie qui rétrécissent le vagin. Ces fils de soie ou bien persistent toujours, ou bien ils doivent quelquefois être enlevés quand les nœuds font saillie à travers un orifice non cicatrisé. Mais on doit les laisser au moins un mois en place.

En général, la malade doit rester au lit une quinzaine de jours, afin d'éviter tous les efforts qui tendent à dilater le vagin, et si elle avait de la constipation elle devra recourir à des lavements.

CHAPITRE IV

Résultats et Discussion.

Quels sont les résultats donnés par cette méthode? Il faut le demander aux opérées de M. Chaput, et pour cela analyser les observations :

OBSERVATION V (M. Chaput).

Prolapsus complet. Opération de Freund (trois ligatures à la soie). Colpopérinéorrhaphie. Bon résultat ultérieur.

La nommée M... B..., matelassière, âgée de 59 ans, ayant eu cinq accouchements normaux, vient à l'hôpital de la Salpêtrière le 9 août 1894.

A 38 ans, la malade avait fait une longue course à pied quinze jours après son dernier accouchement. Depuis cette époque, elle s'est aperçue qu'elle avait un prolapsus qui augmentait petit à petit.

Son prolapsus rentre tout seul quand elle est au repos.

Quand on la fait pousser, on aperçoit le prolapsus, gros comme un abricot environ, qui écarte les lèvres et fait saillie hors de la vulve, mais ne pend pas entre les cuisses. A sa partie gauche et inférieure, on voit une petite ulcération, grande comme une pièce de cinquante centimes, à bords taillés à pics et rougeâtres.

Au toucher, on constate que c'est la paroi antérieure du vagin qui fait surtout hernie.

Par le cathétérisme de l'urèthre, on constate la présence d'une cystocèle.

Le 21 août, on lui place trois fils circulaires sous-vaginaux. On termine par la colpopérinéorrhaphie postérieure.

Le 28 septembre, on lui enlève deux fils circulaires dont les nœuds faisaient saillie dans le vagin. A ce moment, le prolapsus n'existe plus, mais on ne constate pas de rétrécissement à la partie supérieure du vagin.

La malade est revue le 15 janvier 1895. Amélioration considérable. Mais le vagin est large et la cystocèle se montre de nouveau à la toux.

A la partie supérieure, on ne constate pas de trace de fil, mais on sent le col peu net, comme s'il y avait à ce niveau un rétrécissement vaginal très serré. La malade a repris ses habitudes et ne se plaint plus d'aucun trouble fonctionnel.

OBSERVATION VI (M. Chaput).

Prolapsus partiel. Opération de Freund (trois ligatures à la soie). Bon résultat fonctionnel, dû probablement à la colpopérinéorrhaphie. Le vagin n'est pas rétréci.

La nommée V... R..., ménagère, âgée de 53 ans, ayant eu six accouchements normaux, entre à la Salpêtrière le 23 août 1894.

Son dernier accouchement a eu lieu à 46 ans et, depuis, elle s'est aperçue que son utérus descendait, mais il n'est pas descendu entre les cuisses.

Comme troubles fonctionnels, elle accuse de nombreux maux de reins et de ventre.

Quand on fait pousser la malade, on voit saillir la muqueuse de la paroi vaginale antérieure, entre les petites lèvres; cette saillie est grosse comme une noix; elle n'est pas ulcérée.

Au toucher, on sent l'utérus abaissé; le col, normal, est déjeté en arrière par la paroi vaginale antérieure qui fait saillie.

Le cathétérisme ne révèle pas la présence de cystocèle.

Le 4 septembre, on lui fait trois ligatures circulaires du vagin. Colpopérinéorrhaphie postérieure.

La malade quitte l'hôpital le 24 septembre.

Revue le 12 novembre. Bon résultat. Le prolapsus n'a pas reparu. Les fils de soie ont de la tendance à s'éliminer par le vagin et provoquent de la suppuration. Elle refuse de se les laisser enlever.

Elle revient le 2 décembre, et on les lui enlève.

17 janvier. Pas de prolapsus. Pas de troubles fonctionnels. La malade se livre à des travaux pénibles.

Pas de rétrécissement du vagin.

La vulve est bien fermée.

En somme, les ligatures circulaires n'ont rien donné. Le bon résultat est dû à la colpopérinéorrhaphie.

OBSERVATION VII (M. Chaput).

*Prolapsus utérin complet. Opération de Freund.
Quatre ligatures à la soie. Bon résultat. Rétrécissement du vagin.*

Il s'agit d'une nommée B... L..., blanchisseuse, âgée de 72 ans. A eu trois accouchements. L'affection a débuté il y a trente ans, après son dernier accouchement. L'utérus se rapprochait de plus en plus de la vulve.

Depuis cette époque, elle éprouva des douleurs dans les reins, le ventre, des troubles de la miction et de la défécation, des migraines.

Depuis le début de l'affection, leucorrhée assez abondante, surtout en ces derniers temps,

La malade a porté des pessaires, mais elle a dû y renoncer, ne pouvant les supporter.

Même au repos, l'utérus fait hernie hors de la vulve. Les dimensions de la partie extra-vulvaire sont :

Longueur 9 à 10 cent.

Circonférence à l'entrée de la vulve... 17 cent.

Toute cette partie est molle, peu sensible au toucher. Col ulcéré par suite des frottements. L'hystéromètre indique 11.

Cystocèle et rectocèle.

Le prolapsus est réductible, mais il se reproduit sous l'influence de la marche, des efforts, de la toux.

17 novembre. On fait sur les parois vaginales une série d'incisions verticales, séparées par trois travers de doigt environ et longues de 1 à 2 centimètres. On s'en sert pour placer quatre ligatures sous-muqueuses à la soie, n° 5.

Colpopérinéorrhaphie postérieure.

23 décembre. La malade quitte l'hôpital. Plus de prolapsus, plus de cystocèle, ni de rectocèle. A la partie supérieure du vagin, on sent un rétrécissement formé par les fils. On ne les enlève pas.

18 février 1875. M. Chaput revoit la malade. Le résultat est toujours très satisfaisant. Le prolapsus ne reparait pas, malgré les fatigues, la toux.

Plus de cystocèle, ni de rectocèle.

Au toucher, on constate deux rétrécissements, l'un inférieur, au niveau de la vulve; l'autre supérieur, au niveau des fils. Col utérin à environ 7 centim. de la vulve.

La malade se montre très contente. Elle fait des travaux pénibles pour son âge. Elle n'accuse pas de troubles fonctionnels, si ce n'est de temps à autre un peu d'écoulement blanchâtre.

On trouve en effet un peu de muco-pus. A quoi attribuer cette suppuration? Est-ce à la présence des fils, dont on ne sent pourtant pas les nœuds? Est-ce à une trop grande constriction de ces fils, constriction qui amènerait la rétention des sécrétions utérines? Ne faudrait-il pas l'attribuer plutôt à la leucorrhée abondante qui existait déjà bien avant l'opération?

OBSERVATION VIII (M. Angelesco, interne
des hôpitaux).

*Prolapsus complet. Opération de Freund (trois
ligatures à la soie). Colpopérinéorrhaphie. Bon
résultat.*

La nommée L... A..., âgée de 33 ans, buandière,
entre à la Salpêtrière, le 13 décembre 1894, dans le
service de M. Chaput.

A eu quatre accouchements et une fausse couche.
Le quatrième accouchement, qui remonte à sept ans,
a dû être terminé au forceps et a donné lieu à des
métrorrhagies, à de la fièvre, à des douleurs abdo-
minales.

A ce moment, elle s'aperçut qu'elle avait un début
de prolapsus, qui petit à petit augmenta, sans que tou-
tefois la matrice dépassât l'orifice vulvaire.

Il y a trois semaines, le prolapsus utérin devient
plus marqué, et sort du vagin sur une longueur de
cinq centimètres, quand la malade est debout, et qu'elle
s'est fatiguée pendant un certain temps.

A l'inspection des organes génitaux, on trouve un
prolapsus utérin qui sort notablement du vagin quand
la malade est debout. Le col est légèrement hypertro-
phié, sans qu'il présente d'ulcérations; le corps de
l'utérus est légèrement augmenté de volume. Le pro-
lapsus rente facilement et se maintient dans cet état
lorsque la malade est dans le décubitus dorsal, et
quand elle ne fait pas d'effort.

Il y a un léger degré de cystocèle et pas de recto-
cèle.

La vulve et le vagin sont élargis et le périnée insuf-
fisant.

17 décembre. Anesthésie par l'éther, à l'aide du masque de Wanschcr.

Curettage de l'utérus avant l'opération.

On fait alors des incisions verticales sur le col, à deux ou trois centimètres de distance les unes des autres, et d'une longueur de un centimètre et demi à deux. Ces incisions ont servi d'orifices d'entrée et de sortie de l'aiguille.

On place de la sorte, entre la paroi vaginale et le tissu utérin du col, trois fils circulaires, avec de la soie n° 5.

On complète l'opération par une colpopérinéorrhaphie ordinaire.

Le dixième jour, on enlève les points de suture de la colpopérinéorrhaphie, et on refait tout le pansement. On observe à ce moment qu'il n'y a pas de suppuration, que la vulve est très rétrécie; seulement le fil d'argent placé entre la vulve et le vagin a coupé légèrement les tissus; de même quelques points de suture du vagin, vers l'orifice externe, ont coupé les tissus; de telle sorte qu'à ce niveau les deux bords de la plaie sont écartés de cinq à six millimètres. A la partie supérieure du vagin la suture est parfaite.

Les jours suivants, on refait le pansement; toute la plaie est cicatrisée et l'utérus est très bien maintenu. A la partie supérieure du vagin, on sent deux légers rétrécissements formés par les fils.

Le 15 janvier 1895, la malade voulant quitter l'hôpital, on enlève deux des fils qui formaient le rétrécissement supérieur du vagin; ces fils faisaient saillie par leurs nœuds dans le vagin, et ces nœuds étaient à découvert. Les rétrécissements se maintiennent. La malade sort le 16 janvier, un mois après son opération.

Le 22 février 1895, c'est-à-dire deux mois et sept

jours après l'opération, nouvel examen de la malade : elle dit qu'elle se porte très bien, que le prolapsus ne sort plus, qu'elle reste toute la journée debout sans autre fatigue que de légères douleurs, le soir, dans la région lombaire. Elle est contente de l'opération. Au toucher, on trouve la vulve très rétrécie, comme après l'opération. Le vagin est diminué de calibre, mais on ne sent pas de rétrécissement et pas la moindre trace des deux fils enlevés. On sent seulement au niveau de la partie supérieure du vagin un rétrécissement circulaire probablement produit par le troisième fil. L'orifice du col est situé à 6 ou 7 centimètres de l'orifice vulvaire.

De ces quatre observations, il ressort un premier fait : tant que les fils de soie ont persisté, on a pu constater un rétrécissement à la partie supérieure du vagin. Mais dès qu'on a dû les enlever, on ne retrouve plus ce rétrécissement. C'est ce qui s'est passé notamment dans l'observation VI où le bon résultat est dû exclusivement à la colpopérinéorrhaphie. Dans les observations V et VIII, où on ne peut nier non plus l'action de la colpopérinéorrhaphie, on sent à la partie supérieure du vagin une saillie circulaire, comme s'il y avait à ce niveau un diaphragme bridant les tissus et empêchant le col de descendre. Il est donc probable que le troisième fil, qui n'a jamais été enlevé, se trouvait encore dans la paroi vaginale, et on peut attribuer à ce fil cette action de soutien. Quant à l'effet de rétraction cicatricielle, dont ont parlé Bellini et

Freund, il ne s'était pas produit, même au moment des examens éloignés.

L'observation VII est intéressante à deux points de vue. D'abord le rétrécissement se maintient, puisque les fils persistent. Mais elle prouve surtout que les malades peuvent garder sans inconvénient quatre ligatures de soie dans les parois vaginales, et cela pendant plus de trois mois, du 17 novembre au 19 février. Le seul inconvénient qu'on puisse relever consisterait en un peu de supuration. Mais nous avons vu qu'on serait tout aussi bien en droit de l'attribuer à la grande constriction des fils amenant la rétention des sécrétions utérines, ou plutôt à la leucorrhée abondante qui existait bien antérieurement chez l'opérée.

D'autre part peut-on attribuer le rétrécissement noté dans cette observation aux incisions verticales faites sur les parois vaginales? Non, car ces incisions ont été pratiquées également sur la dernière malade, et elles n'ont pas produit de brides cicatricielles. Il est vrai de dire que chez elle les fils avaient été enlevés moins d'un mois après l'opération.

Le rétrécissement ne paraît donc devoir être obtenu que par la longue présence des ligatures circulaires dans les parois vaginales. Dans tous les cas il y aurait avantage pour les malades à ne pas les enlever, et à les laisser en place jusqu'à leur élimination spontanée.

Pour empêcher cette élimination, la plus grande

antisepsie des organes génitaux est nécessaire. Il faudrait ensuite pouvoir faire pénétrer le nœud des fils profondément sous la muqueuse, afin d'éviter toute infection. Voilà pourquoi les fils d'argent employés par Bellini, Freund, Sckramm ne semblent pas devoir être utilisés. On ne pourrait guère faire disparaître les tortillons qui résulteraient de leur emploi — à moins de les envelopper dans une sorte de tube de Galli, — et ces tortillons seraient un danger permanent pour la muqueuse vaginale. Nous ne parlons pas des fils de catgut qui seraient résorbés beaucoup trop rapidement. Les fils de soie paraissent donc réaliser les meilleures conditions, pourvu qu'ils soient bien aseptiques.

La méthode de Freund ne pourra certes pas être employée dans tous les prolapsus. Elle trouvera surtout ses indications chez les femmes débiles, âgées, cachectiques, et dans les prolapsus complets. Pour les prolapsus partiels, sans hypertrophie utérine, on pratiquera la colpopérinéorrhaphie. Dans les prolapsus partiels avec hypertrophie, on commencera par l'amputation partielle de l'utérus. Enfin l'hystérectomie vaginale s'appliquera à ces cas où le prolapsus n'est pour ainsi dire pas en jeu, où l'affection dont l'utérus est porteur (gangrène, fibrome, cancer), réclame une intervention énergique.

Mais si on arrivait à pouvoir empêcher l'élimination, au moins à un trop bref délai, de ces fils

circulaires, on obtiendrait ainsi un état de semi-occlusion du canal vaginal qui serait très utile contre bien des prolapsus. En tout cas cette semi-occlusion ajouterait son action à l'effet de la colpopérinéorrhaphie ou d'autres opérations. Le vagin présenterait plus de résistance à une dilatation ultérieure, à une descente nouvelle de l'utérus, et la guérison serait plus assurée.

CHAPITRE V

Conclusions.

Nous avons essayé de montrer dans ce travail que la méthode des ligatures circulaires répond à certains desiderata du traitement chirurgical du prolapsus génital.

Elle s'appliquerait surtout à ces cas où les parois vaginales relâchées, distendues, formeraient au dessous de l'utérus un canal large, facile à parcourir ; chez les femmes âgées, débiles, cachectiques, et dans les prolapsus complets.

Elle pourrait être pratiquée seule ou associée à la colpoperinéorrhaphie.

Le succès paraît surtout dépendre de la non-élimination des fils. On pourrait sans doute obtenir ce résultat par une bonne antisepsie des organes génitaux, et en plaçant les fils profondément dans les parois vaginales.

Quant aux effets éloignés, nous ne pouvons encore rien en dire. Nos observations, comme celles des promoteurs de la méthode, ne sont ni assez nombreuses, ni assez anciennes pour permettre de conclure. Mais elles ont donné des résultats suffisants pour encourager de nouveaux essais. C'est donc à l'avenir à décider et à montrer si les résultats pratiques sont, oui ou non, d'accord avec les conclusions théoriques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Barret de Nazaris.* — Traitement des prolapsus génitaux. Thèse de Bordeaux, 1890-91.
Bellini. — Bull. dell' Scienze medical, 1835.
Marshall-Hall. — Bull. dell' Scienze medical de Bologne, 1835.
Blasius. — Preus vereinszeitung, 1844.
Duplay et Chaput. — Archives de médecine, 1889.
Emmet. — Maladies des femmes. Traduct. Ollivier, 1887.
Freund. — Centralblatt für Gynécologie, 1893.
Huguiet. — Mémoire sur les allongements hypertrophiques du col de l'utérus.
Lacaze. — Thèse de Paris, 1891.
Le Fort. — Bulletin de thérapeutique, 1877.
Labusquière. — Annales de Gynécologie, 1894.
Le Dentu. — Semaine médicale, 1894.
Pozzi. — Gynécologie.
Skramm. — Centralblatt für Gynécologie, 1894.
Trélat. — Cliniques de la Charité, 1887.
Terrier. — Bulletin Soc. Chirurg., 1889.

Vu : Le Président de la Thèse,
LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Paris.—Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

